

# Herkennen van en omgang met lichamelijke klachten en ziekten bij ambulante chronisch psychiatrische patiënten

Een follow up-studie

door A. Honig, E. de Kemp, P. Pop, M.A.J. Romme en  
H. Philipsen

## Samenvatting

Dit artikel heeft als centraal thema de verbetering van de omgang met lichamelijke klachten en ziekten in de ambulante behandeling van chronische psychiatrische patiënten. Het eerste deel van het onderzoek beschrijft de inventarisatie van lichamelijke klachten en ziekten door middel van een uitgebreide keuring bij 156 chronische patiënten die in de periode 1986/'87 één jaar of langer in zorg waren bij de Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD) van de RIAGG Maastricht.

Het tweede deel, ruim drie jaar later uitgevoerd, beschrijft een follow up-studie bij de op dat moment nog in behandeling zijnde patiënten. Dit om te beoordelen of achteraf een juiste inschatting was gemaakt van de lichamelijke ziekten alsook om inzicht te krijgen in het verloop van de lichamelijke klachten. Voorts werd nagegaan in hoeverre adviezen voortvloeiend uit de keuring door de hulpverlening zijn opgevolgd.

Lichamelijke klachten en ziekten bleken bij 36% van de onderzochte populatie aanwezig te zijn en een chronisch karakter te hebben. De onderzochte populatie maakte adequaat gebruik van de diensten van de huisarts. De toegevoegde waarde van een zorgvuldig uitgevoerde screening was gering. Een anamnese en een goede samenwerking tussen huisarts en SPD-hulpverlener lijkt een goed alternatief te zijn voor een routine-somatische keuring. De taak van de SPD-hulpverlener is het signaleren van veranderingen in lichamelijk welbevinden alsook het onderhouden en verbeteren van de contacten tussen de patiënt en zijn huisarts.

## Inleiding

Een herkenbare schrik voor elke psychiater is het miskennen van een ernstige lichamelijke ziekte als oorzaak van een vermeend psychiatrisch lijden. Hoe wordt er in de dagelijkse ambulante psychiatrische praktijk omgegaan met lichamelijke ziekten?

De meest gebruikelijke manier is het ontkennen of niet in overweging nemen van lichamelijke ziekten als onderdeel van de algehele aangeboden psychiatrische problematiek. Dit laatste is in menige extramurale (RIAGG) praktijk het geval. Immers, een grote hoeveelheid psy-

chiatische patiënten wordt aangemeld door huisartsen aan een AGGZ-instelling waar medici schaars zijn, waar eenvoudige faciliteiten zoals een onderzoekskamer ontbreken en waar vaak geen directe toegang tot laboratoriumfaciliteiten bestaat. Alleen al om die redenen achten zij zich niet in staat tot het uitvoeren van een routine-somatische screening in welke vorm dan ook. Er wordt a priori aangenomen dat de verwijzende huisarts somatische oorzaken al heeft uitgesloten. De RIAGG-hulpverlener houdt zich dan exclusief bezig met de psychiatrische en psychosociale problematiek.

Wetenschappers die zich met dit onderwerp bezighouden zeggen in meerderheid dat er veel lichamelijke ziekten worden miskend en dat daarom regelmatig een somatische screening dient plaats te vinden. Hoe dit in de dagelijkse praktijk moet worden vormgegeven, wordt overgelaten aan de inventiviteit van de praktizerende psychiaters. In een eerder artikel in dit tijdschrift werd hierop reeds ingegaan (Honig e.a. 1986). Ziekten die in een oorzakelijke relatie tot het psychiatrische lijden staan, de zogenaamde 'mimicks', zijn daarbij een schrikbeeld, maar zeldzaam (Rooymans 1983).

Data over prevalentie van lichamelijke ziekten in een Nederlandse ambulante setting voor chronische patiënten waren niet voorhanden; ook een eenduidig protocol voor de wijze van omgang met somatiek ontbrak. Er zijn slechts acht onderzoeken bekend die zich speciaal beziggehouden hebben met somatiek bij ambulante chronische psychiatrische patiënten (o.a. Barnes e.a. 1983; Maricle e.a. 1987; Brugha e.a. 1989). Uit deze onderzoeken bleek dat ongeveer de helft van de onderzochte patiënten lichamelijke ziekten of symptomen hadden die verdere evaluatie of behandeling behoefden. Hiervan was gemiddeld 30% niet eerder gediagnostiseerd. De geconstateerde somatische afwijkingen waren veelal chronisch en niet ernstig en betroffen ziekten die ook in de algehele bevolking veel voorkomen.

Met dit onderzoek wordt een antwoord geformuleerd op de vraag naar de omvang van en omgang met lichamelijke ziekten van ambulante chronische psychiatrische patiënten die in zorg zijn bij een RIAGG.

### Onderzoeksopzet

In 1986/'87 werden bij de SPD van de RIAGG Maastricht van alle patiënten die langer dan één jaar onafgebroken in zorg waren, lichamelijke klachten en ziekten systematisch geïnventariseerd. De doelgroep bestond uit patiënten die buiten een psychiatrische inrichting woonden, meerdere vaak klinische behandelingen achter de rug hadden en naast een psychiatrische ziekte in engere zin ook andere problemen hadden, zoals geen werk, ernstige relatieproblemen, financiële problemen etc.

Er werd nagegaan in hoeverre deze patiënten naast hun hulp van de RIAGG hun huisarts bezochten en hoe deze huisarts en de SPD-hulpverlener de gezondheidstoestand van de patiënt beoordeelden.

Na een periode van drie jaar werd opnieuw onderzocht in hoeverre de diagnoses, gesteld tijdens de algehele screening, bevestigd werden. Ook werd onderzocht wat de SPD-hulpverlening en huisarts van de patiënt gedaan hadden met adviezen die voortvloeiden uit de screening in 1986/'87.

### **Lichamelijke keuring 1986/'87**

Een uitgebreid verslag van dit eerste deel is elders reeds gepubliceerd (Honig e.a. 1989). Samengevat waren er in totaal 218 patiënten betrokken bij het eerste deel van dit onderzoek; 156 patiënten ((72%) namen uiteindelijk deel aan het gehele onderzoeksprotocol, inclusief een éénmalige lichamelijke keuring door een internist verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Maastricht, en het opvragen van gegevens over de lichamelijke gezondheid bij eigen huisarts en SPD-hulpverlener. De keuring bestond uit een gesprek met de internist, een standaard lichamelijke onderzoek, gevolgd door standaard bloed- en urineonderzoek (SMA-20), alsook een electrocardiogram (ECG).

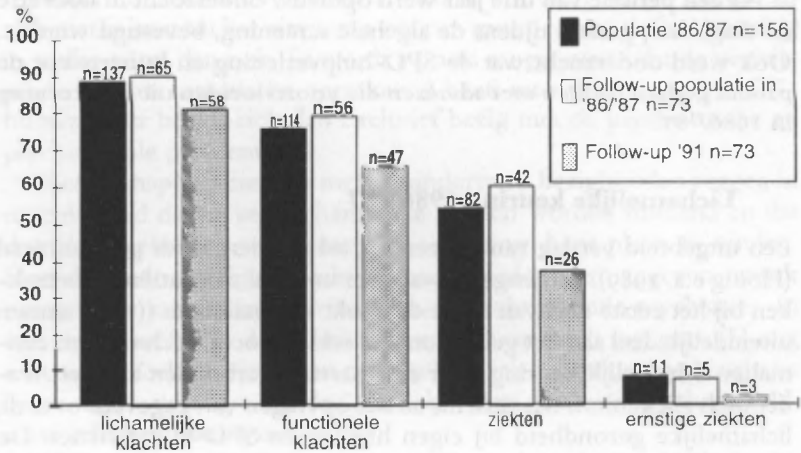
### **Demografische gegevens**

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 45,5 jaar. De groep bestond voor 36% uit mannen en voor 64% uit vrouwen. Slechts 8% van de deelnemers had een betaalde baan. Psychiatrisch-diagnostisch (vgl. DSM-III-criteria), werden 48 patiënten gediagnostiseerd met een psychotische stoornis, 50 patiënten met een stemmingsstoornis in engere zin en 53 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Drieëntwintig patiënten hadden een V-code: zwakbegaafdheid (IQ 71 tot 84); bij 23 patiënten werd een andere diagnose gesteld. De gemiddelde behandelingsduur was vier jaar en er hadden gemiddeld 1,7 opnames per patiënt plaatsgevonden. Ruim de helft van de patiënten gebruikte voorgeschreven psychotrope medicatie.

### **Lichamelijke klachten en ziekten**

Zoals figuur 1 aangeeft rapporteerde de overgrote meerderheid van de onderzochte patiënten lichamelijke klachten (88%). Slechts 20% van deze patiënten rapporteerden lichamelijke klachten waaraan een lichamelijke ziekte ten grondslag lag. Eén of meer functionele stoornissen (stoornissen van een orgaan of orgaansysteem, die klachten veroorzaken, zonder dat daarvoor organische oorzaken aanwijsbaar zijn) werden gediagnostiseerd bij 73% van de patiënten.

Figuur 1: Follow-up van patiënten met lichamelijke en functionele klachten alsook lichamelijke ziekten



De keurende internist diagnostiseerde één of meer lichamelijke ziekten bij 82 patiënten (53%), waarbij de helft van deze ziekten zeker aanwezig werden geacht, terwijl het bij de andere helft waarschijnlijkheidsdiagnoses betrof. Tabel 1 geeft een overzicht van de door de internist gediagnostiseerde lichamelijke ziekten. Meer dan de helft van deze ziekten waren niet opgemerkt door de SPD-hulpverlener.

Overeenstemming over de aanwezigheid van één of meer lichamelijke ziekten tussen de hulpverlener van de SPD, de huisarts en de diagnose van de keurende internist in 1986/'87 was laag ( $Kappa \pm 0.30$ ). Een hogere mate van overeenstemming was er over de groep van lichamelijk niet-zieke patiënten.

Miskenning, onachtzaamheid, iets over het hoofd zien, duidt op het niet juist inschatten van, in dit geval, een lichamelijke ziekte; een tekortkoming in de hulpverlening dus. Wanneer deze wijze van definiëring van miskenning werd toegepast, dan was hiervan sprake bij voordien niet bekende ziekten die door de internist naar aanleiding van de keuring waren gediagnostiseerd als *zeker aanwezig* en *het leven bekortend*. Van de 13 door de internist geconstateerde levensbekortende ziektebeelden werden er vier miskend. Een tweede categorie, 'mimicks', werden niet gediagnostiseerd. Een derde categorie van miskenning zijn die gevallen waar lichamelijke stoornissen direct samenhangen met bijwerkingen van door de behandelende psychiater zelf voorgeschreven medicatie. Ziekten als gevolg van bijwerkingen van door psychiaters

Tabel 1: Door internist gediagnostiseerde ziekten (indeling volgens ICPC 1985)

lichamelijke ziekten	'86/'87 n = 156	'86/'87 n = 73	'90/'91 n = 73
<i>Algemeen</i>	10	9	5
infectie/trauma	2	2	1
bijwerking medicatie in juiste dosering	8	7	4
<i>Tractus digestivus</i>	15	9	5
<i>Tractus circulatorius</i>	32	17	11
hypertensie	17	11	8
overigen	15	6	3
<i>Tractus locomotorius</i>	13	5	3
<i>Zenuwstelsel</i>	6	1	0
epilepsie	1	0	0
M. Parkinson	1	0	0
overigen	4	1	0
<i>Tractus respiratorius</i>	7	4	3
chronische bronchitis	7	4	3
<i>Endocrinologische stoornis</i>	15	7	3
morbide obesitas	3	1	1
diabetes mellitus	6	3	2
diversen	6	3	0
<i>Urogenitale stoornissen</i>	6	3	3
<i>Huidziekten</i>	3	1	1
<i>Oogziekten</i>	2	1	0
<i>Syfilis</i>	2	2	0
overigen	1	1	1
Totaal	112	60	35

van de SPD voorgeschreven psychofarmaca kwamen voor in zes gevallen. De bevindingen in deze laatste categorie waren een aanwijzing om hier in het kader van de directe SPD-hulpverlening meer structurele aandacht aan te besteden. In de aanbevelingen wordt hierop teruggekomen. Totaal kwam het aantal miskende ziekten op 10 (9%), waarvan vier ernstige ziekten.

In het jaar voorafgaande aan de lichamelijke keuring werd de huisarts gemiddeld tweemaal zo vaak door de patiënten geconsulteerd (4,5 keer voor mannen en 6,6 keer voor vrouwen) als gebruikelijk is voor de gemiddelde Nederlander (CBS 1986). Zestien procent van de mannen en 13% van de vrouwen had in de bovengenoemde periode geen enkel contact met de huisarts.

### Follow-up 1990/'91

Het onderzoek in 1986/'87 werd afgesloten met een schriftelijke verslaglegging van de bevindingen per patiënt. Deze brief (waarvan een kopie aan de huisarts werd gestuurd) werd besproken met de SPD-hulpverlener van de patiënt, eventueel samen met de patiënt. In de brief werden adviezen gegeven ter controle of uitsluiting van ziekte. Tot de follow-up werd geen actie ondernomen door de onderzoekers.

Bij het follow up-onderzoek in 1990/'91 was nog de helft ( $n = 79$ ) van de aanvankelijke patiëntenpopulatie in behandeling. Vijf patiënten waren overleden, één door een acuut opgetreden somatische oorzaak, de overige vier ten gevolge van suïcide. De uiteindelijke follow up-populatie, 73 patiënten, werden geïnterviewd. Bij de SPD-hulpverlener en/of de huisarts van de patiënt werd voorts nagegaan of de adviezen gegeven door de internist waren opgevolgd en wat het resultaat daarvan was. Deze nieuwe gegevens werden besproken met dezelfde internist die de screening uitvoerde in 1986/'87, waarna een hernieuwde diagnostisering plaatsvond van ziekten aanwezig tijdens de keuring in 1986/'87.

De groep in- en uitgeschreven patiënten waren vergelijkbaar wat betreft sekse, leeftijd en lichamelijke klachten. Wat betreft de psychiatrische diagnose was de verdeling gelijk, uitgezonderd psychotische stoornissen die significant vaker voorkwamen bij de nog ingeschreven groep ( $P = 0.002$ ), en as-II-stoornissen bij de uitgeschreven groep ( $P = 0.04$ ).

### Lichamelijke klachten en ziekten

Zesenvijftig (77%) van de opnieuw beoordeelde patiënten hadden in 1987 één of meer functionele klachten; 80% van deze 56 patiënten hadden tijdens de follow-up nog de helft of meer van de oorspronkelijke klachten (figuur 1). Bij het merendeel van de patiënten bleken zowel lichamelijke als functionele klachten voort te duren (resp. 79 en 61%).

In 1987 werden van de follow up-deelnemers 60 ziekten gediagnostiseerd. Bij de follow-up werden 35 van deze ziekten bevestigd (36%); slechts vier daarvan waren genezen. Eenderde van deze ziekten in plaats van de helft bleek achteraf niet bekend te zijn geweest bij de SPD-hulpverlener.

Miskennis, in de zin zoals eerder gedefinieerd in dit artikel, bleef negen procent (drie ziekten). De lichamelijke keuring resulteerde in 21 niet bevestigde ziekten (fout-positieven), voornamelijk waarschijnlijkheidsdiagnoses en zeven niet onderkende ziekten (fout-negatieven). Er waren ook tijdens de follow-up géén 'mimicks' aan het licht gekomen.

Wanneer de diagnoses van de huisarts, de SPD-hulpverlener en de keurende internist werden vergeleken met de uiteindelijk in het na-

onderzoek gestelde accuratere diagnoses was de overeenstemming van de internist hoog (Kappa 0.63). Die van de anderen afzonderlijk bleef laag. De *gezamenlijke* mening van huisarts en SPD-hulpverlener benaderde die van de internist (Kappa 0.60).

Driekwart van de adviezen gegeven door de internist werden binnen de SPD-behandeling aan de orde gesteld. In totaal werd bij 40% van de adviezen de huisarts ingeschakeld. Opvallend was dat dieet- en leefwijzeadviezen door de patiënten nauwelijks opgevolgd werden.

### Conclusie

Een routine-lichamelijke keuring lijkt al met al weinig relevante nieuwe gegevens op te leveren die niet reeds bekend zijn bij de huisarts en/of de SPD-hulpverlener van de patiënt.

In de aanvankelijke onderzoekspopulatie van 1986/'87 werden lichamelijke ziekten bij 53% van de patiënten gediagnostiseerd (inclusief waarschijnlijkheidsdiagnoses). Van de overigens met de gehele onderzoekspopulatie van 1986/'87 goed vergelijkbare follow up-groep van 73 patiënten kon slechts bij 36% een lichamelijke ziekte bevestigd worden. De oorspronkelijke keuring resulteerde in een aanzienlijk percentage fout-positieven en een relatief gering percentage fout-negatieven. Suïcide was de meest voorkomende doodsoorzaak gebleken. 'Mimicks' werden niet gediagnostiseerd. De meeste lichamelijke ziekten waren chronisch en betroffen over het algemeen zogenaamde 'minor diseases'. De beschreven SPD-patiëntenpopulatie bleek gebruik te maken van de diensten van de huisarts en deze zelfs vaker te bezoeken dan de gemiddelde Nederlander. Adviezen volgend uit de keuring werden voor het merendeel door SPD-hulpverleners en/of huisartsen aan de orde gesteld en opgevolgd.

Lichamelijke klachten en ziekten bij chronische patiënten bleken even chronisch als de psychiatrische problematiek. Miskennis van lichamelijke ziekte was ondanks de afwezigheid van een routine-lichamelijke keuring door de SPD laag. Diagnostiek en vaak ook behandeling konden in het merendeel van de gevallen door de huisarts van de patiënt zelf uitgevoerd worden.

### Aanbevelingen

Het is zinvol de uitvoering van de somatische zorg voor ambulante chronische psychiatrische patiënten in de eerste plaats bij de huisarts te leggen. Voor een vroege diagnostisering en behandeling van lichamelijke problemen van de patiënt is een *nauwe samenwerking* tussen de hulpverlener van de SPD en de huisarts van de patiënt van doorslaggevende betekenis. Voorwaarde is wel dat de SPD-hulpverlener aandacht blijft hebben voor lichamelijke klachten en problemen van de patiënt.

ten. Met name een *verandering in het klachtenpatroon* van de patiënt dient door de hulpverlener nauwgezet gevolgd en geëvalueerd te worden. Immers, het gros van ook de lichamelijke klachten is chronisch van aard. Dit lijkt een beter en haalbaarder alternatief dan de zo vaak gepropageerde herhaaldelijk uit te voeren routine-somatische keuring. Een uitzondering hierop vormen ziekten als gevolg van het voorschrijven van medicatie (m.n. hypothyreoïdie bij lithiumgebruik). Controle van deze ziekten, die nauw kunnen samenhangen met het psychiatrisch ziektebeeld, dient in de handen van de voorschrijvende psychiater te blijven. Directe toegang tot laboratoriumfaciliteiten (bij voorbeeld via een huisartslaboratorium) is hiervoor een noodzaak om miskenning te voorkomen.

### Literatuur

- Barnes, R.F., J.C. Mason, C. Greer en F.T. Ray (1983), Medical illness in chronic psychiatric outpatients. *General Hospital Psychiatry* 5, 191-195.
- Brugha, T.S., J.K. Wing en B.L. Smith (1989), Physical health of the long-term mentally ill in the community. Is there unmet need? *The British Journal of Psychiatry* 155, 777-781.
- Honig, A., A.D.M.A.C. Escher, M.A.J. Romme en M.G.G.J. Breuls (1986), Miskend of ontkend probleemgebied. Somatische aandoeningen bij ambulante chronische psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 28, 676-686.
- Honig, A., P. Pop, E.S. Tan, H. Philipsen en M.A.J. Romme (1989), Physical illness in chronic psychiatric patients from a community psychiatric unit: the implications for daily practice. *The British Journal of Psychiatry* 155, 58-64.
- Maricle, R.A., W.F. Hoffman, J.D. Bloom, L.R. Faulkner en G.A. Keepers (1987), The prevalence and significance of medical illness among chronically mentally ill outpatients. *Community Mental Health Journal* 23, 81-89.
- Rooymans, H.G.M. (1983), De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. I. Somatische ziektebeelden bij psychiatrische patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127, 2323-2338.

### Summary: Medical care for chronic ambulatory patients: a follow-up

The central theme of the study described in this paper is the improvement of the monitoring and care of physical health of ambulatory chronic psychiatric patients. The first part of this study describes a screening on physical illness and complaints in 156 chronic psychiatric outpatients of an urban Community Psychiatric Unit (CPU). The percentage of patients with one or more physical diseases during three years follow-up proved to be 36% instead of the initially found 53%. The majority of physical complaints and diseases were chronic. The physical screening in 1986/'87 produced 35% false positives and 11% false negatives.

The initial conclusion that the majority of detected physical illnesses were minor and could well be treated by a G.P., still holds three years later. Morbidity patterns, previously found high frequency of patient-visits to the primary care team and follow-up of the physical screening, suggest that a well organized primary care team



with the patient's G.P. as the primary responsible physician for the patients physical health, is a good alternative to a regular routine medical screening.

---

De schrijvers zijn respectievelijk: sociaal-psychiater (RIAGG Maastricht), geestelijke gezondheidkundige (destijd stagiaire bij de RIAGG Maastricht), internist (Academisch Ziekenhuis Maastricht), zenuwarts (hoogleraar Rijksuniversiteit Limburg) en socioloog (hoogleraar Rijksuniversiteit Limburg).

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 3-7-1992.